

6. Pourquoi? (Cochez tous les choix qui s'appliquent)

Des besoins additionnels de professionnelles en soins sont non comblés (surcroit).
Les absentes n'étaient pas toutes remplacées (absences).
Il n'y a pas assez de postes réguliers dans mon centre d'activités (manque de postes).
Des postes vacants sont non comblés.

7. L'Employeur a-t-il pris tous les moyens pour éviter de recourir au TSO?	Oui	Non
--	-----	-----

a. Contacter les salariées en disponibilité (taux simple)	Oui	Non
---	-----	-----

b. Contacter les salariées en disponibilité (taux ½, taux double)	Oui	Non
---	-----	-----

c. Réorganiser le travail	Oui	Non
---------------------------	-----	-----

d. Limiter le service (cesser les admissions, fermeture de lits, etc.) Autres limitations :	Oui	Non
--	-----	-----

À votre connaissance, y-a-t-il d'autres démarches que l'Employeur a négligé de faire?
Complétez au verso si besoin.

En quelques lignes, décrivez les circonstances entourant le TSO (votre version des faits) :

8. Le nom de la personne qui vous demande de faire le TSO et sa fonction :

Nom :

Fonction :

Vous devez transmettre une copie de votre horaire de travail et du relevé de présence dans un délai n'excédant pas 30 jours suivant le TSO.

Les informations consignées sur ce document sont essentielles pour faire cheminer le grief collectif dénonçant le TSO. Elles doivent être exactes et complètes. De plus, la section 2 de ce formulaire est optionnelle, mais pourrait servir à établir vos droits à une éventuelle indemnité.

SECTION II

<p>• CONSÉQUENCES SUR LA PROFESSIONNELLE EN SOINS</p> <p>PARTIE OPTIONNELLE : VOUS N'ÊTES PAS OBLIGÉE DE REMPLIR CETTE SECTION MAIS NOUS VOUS LE CONSEILLONS</p>									
<p>Temps de pause et période de repas</p> <p>Quart régulier</p>									
1. J'ai pris mon temps de repas : Oui Non Si oui, à : h min									
2. J'ai pris ma dernière pause : Oui Non Si oui, à : h min									
<p>Quart en TSO</p>									
3. J'ai pris mon temps repas : Oui Non Si oui, j'ai pris mon repas à : h min									
4. J'ai pris ma dernière pause : Oui Non Si oui, j'ai pris ma dernière pause à : h m									
5. Quel est l'impact, les conséquences de ce TSO sur mes obligations familiales, parentales ou personnelles?									
6. J'avais (nombre) patient-e-s à ma charge pour mon quart de travail régulier et j'ai (nombre) pour le travail en temps supplémentaire obligatoire.									
7. Lors de mon quart de travail en TSO, il y avait : (Cochez tous les choix qui s'appliquent)									
Du non-remplacement									
De la substitution de titre d'emploi									
Une professionnelle en soins provenant d'un autre centre d'activités									
De la main-d'œuvre indépendante									
L'application d'un plan de contingence									
8. J'évalue mon état de fatigue :									
Pas fatiguée		Moyennement fatiguée						Très fatiguée	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. J'ai informé mon employeur de mon état de fatigue Oui Non									
10. Mon employeur a tenu compte de mon état de fatigue Oui Non									
<p>Vous devez transmettre une copie de votre horaire de travail et du relevé de présence dans un délai n'excédant pas 30 jours suivant le TSO.</p>									